Sint Lucas Tijdschrift

INHOUD

Nr 2 - 1972

EDITORIAAL

Collega,

Dr. jur. R. Dierkens, geassocieerd docent aan de Rijksuniversiteit te Gent, was op 18 maart 1972 de spreker op de jaarvergadering van het Verbond gehouden te Gent onder het voorzitterschap van Dr. Kluyskens.

Morele en burgerlijke verantwoordelijkheid van de geneesheer is een zeer omvangrijk gegeven dat niet kan neergeschreven worden in één pennetrek op een dozijn bladzijden.

Het was een eer voor het Verbond dr. jur. Dierkens aan het woord te horen. Hij promoveerde in 1962 met een werk : « Lichaam en lijk, raakpunten van Recht en Geneeskunde ». Sinds jaren was hij verbonden aan het laboratorium van Prof. Dr. F. Thomas, Hoogleraar in de Gerechtelijke Geneeskunde. De uitgave van zijn thesis verscheen in het rechtskundig weekblak, onder leiding van Prof. Mr. Rene Victor, met een voorwoord van Prof. Dr. Rene Dekkers, Decaan van de rechtsfaculteit te Gent.

Morele en burgerlijke verantwoordelijkheid van de geneesheer geve stof tot nadenken.

Gerard Vandenberghe.

MORELE EN BURGERLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID VAN DE GENEESHEER

door

R. DIERKENS,

Geassocieerd docent, RUG

INLEIDING

De aansprakelijkheid kan fundamenteel op twee manieren bekeken en beoordeeld worden. Wanneer ze aan de geneesheer een noodzakelijke gemoedsrust ontneemt, of er hem toe aanzet een klassieke en veilige therapie te verkiezen boven een gedurfde maar hopelijk ook meer efficiënte, heeft zij ongetwijfeld een negatieve uitwerking. Indien men het als normaal aanziet dat iemand die, door zijn fout aan een derde een schade heeft berokkend, verplicht is die schade te vergoeden en indien men aanvaardt dat de aansprakelijkheid een middel kan zijn om ongezonde en nadelige aanwassen die zich in ieder beroep, en dus ook in de geneeskunde voordoen, te verwijderen, verkrijgt diezelfde aansprakelijkheid een uitgesproken positieve, morele en zelfs utilitaire inslag.

Over het algemeen benadrukken geneesheren haar eerste en dus negatieve betekenis. Ze verwijzen daarbij hoofdzakelijk naar de toestanden die in de Verenigde Staten bestaan. En inderdaad, in dat land is de medische aansprakelijkheid tot een werkelijk sociaal probleem uitgegroeid, hetgeen bv. duidelijk blijkt uit het feit dat 25 % van de geneesheren er minstens eenmaal in hun leven in een eis tot schadevergoeding werden betrokken. Wanneer daaraan wordt toegevoegd dat vaak als schadeloosstelling zeer hoge bedragen worden toegekend gaande tot 50, 60 en zelfs 75 miljoen Belgische frank, dat de toegekende vergoedingen op een onrustwekkende wijze stijgen (1), dat sommige verzekeringsmaatschappijen het medisch risico niet meer aanvaarden of zodanig hoge premies eisen dat vooral jonge geneesheren ze niet meer kunnen betalen, dan zal het voor eenieder begrijpelijk zijn dat in de U.S.A. een nationale commissie werd opgericht met het doel de problematiek van de aansprakelijkheid ten gronde te onderzoeken.

Ook in Engeland en in Frankrijk is een stijging van het aantal van de moeilijkheden inzake aansprakelijkheid waar te nemen.

---

(1) In de staat New York bedroeg het gemiddelde van de toegekende schadevergoedingen 4.740 $ in 1963, en 8.810 $ in 1966.

Dit alles is objectief juist. Nochtans moeten deze gegevens met de nodige kritische geest worden bekeken. Inderdaad, al leert de ervaring dat hetgeen vandaag in de Verenigde Staten gebeurt, ook morgen bij ons een realiteit dreigt te worden, dan zijn de onderliggende toestanden en factoren die in dat land op het vlak van de aansprakelijkheid vaak een determinerende rol spelen, toch niet te vergelijken met degene die hier heersen. Trouwens een relatieve stijging van het aantal gedingen inzake aansprakelijkheid zou in feite, ook bij ons, normaal moeten genoemd worden, vermits ook het aantal van de geneesheren en meer nog dit van de medische daden sterk is verhoogd.

Het is natuurlijk evident dat de verhoogde druk van de aansprakelijkheid die zich ook bij ons doet voelen, al is het op een meer latente wijze, mede aan andere oorzaken moet te wijten zijn dan aan degene die zoëven werden vermeld. Onderliggende factoren spelen ongetwijfeld een grote rol. Zij zijn het in hoofdorde die mogelijks de grote en nieuwe stuwing zullen geven aan de aansprakelijkheid. Enkele ervan zullen hier bondig besproken worden. Zij houden o.m. verband met een diepgaande mutatie die in de medische ethiek waarneembaar is, en met nieuwe of althans vernieuwde vormen die in de uitoefening van de geneeskunde tot uiting komen.

ETHIEK EN AANSPRAKELIJKHEID

Het kan misschien eigenaardig lijken dat aan een jurist wordt gevraagd te spreken over de morele verantwoordelijkheid van de geneesheer. Recht is inderdaad geen moraal, en het geweten, voor zover het zich althans niet uit in daden, is een louter persoonlijke aangelegenheid. Dit is juist. Toch blijkt uit de rechtspraak dat de morele verantwoording van de geneesheer in het kader van de aansprakelijkheid een uitzonderlijk belang vertoont. Hoven en Rechtbanken verwijzen inderdaad, bij de beoordeling van gevallen waarbij de aansprakelijkheid van de geneesheer is betrokken, bijna systematisch naar het geweten van de geneesheer. Zij hechten dus een zeer groot belang aan dat geweten. Men is zelfs geneigd er een gunstige instelling in te zien ten voordele van de geneesheer. Deze gunstige instelling zou evenwel geen « parti-pris » mogen zijn. Dit is ze trouwens ook niet. De vonnissen en arresten verwijzen inderdaad niet naar het persoonlijk, enigszins willekeurig en ongebonden geweten van een individu, maar wel naar het geweten van een individu dat een geneesheer is, m.a.w. naar het medisch-ethisch gebonden geweten. In die zin is de houding van de Hoven en Rechtbanken juridisch volkomen verantwoord. De traditionele medische ethiek is inderdaad fundamenteel niets anders dan een deontologische verwoording van basisbegrippen van ons

recht. Thans kan deze stelling in twijfel worden getrokken, in de mate waarin men zich de vraag mag en moet stellen : wat is medische ethiek, welke is haar inhoud ? Daarbij wordt natuurlijk niet gedacht aan misschien belangrijke doch op het vlak van de ethiek niet doorslaggevende aangelegenheden zoals de omvang van naamplaten, het betalen van cotisaties, het adverteren, het opmaken van contracten en dergelijke meer, maar wel aan de fundamentele pijlers van de medische ethiek die zijn : het beroepsgeheim, het „ non occides " principe en de „ non nocere " norm.

NON OCCIDES

De integrale eerbiediging van het „ non occides " principe is altijd de sterkte en de grootheid geweest van de geneeskunde. Ze heeft geleid tot een absoluut vertrouwen van patiënt en maatschappij in geneesheer en geneeskunde. Ze schonk hen inderdaad de volstrekte zekerheid dat de geneesheer in **alle** omstandigheden **alles** zou doen om het leven te redden, en dit van het ogenblik af van de verwekking tot aan de dood.

Nu wordt deze basishouding ongetwijfeld in vraag gesteld, zeker en op zijn minst voor wat betreft beide uitersten van het menselijk bestaan.

Vanzelfsprekend hebben in dit verband altijd vragen bestaan. Er hebben zich immers altijd omstandigheden voorgedaan waarin het leven van de vrucht onverenigbaar was met dit van de moeder, een conflict dat in de regel werd opgelost door een therapeutische abortus. De geneesheer heeft het zich tevens altijd als een plicht aangezien het lijden te verzachten, zelfs wanneer dat verzachten van het lijden gebeurde ten koste van een verkorten van het leven. Maar nu wordt dit alles blijkbaar in een ander kader geplaatst en beoordeeld in functie van een andere filosofie.

Vroeger werd de ernst van de abortus hoofdzakelijk beoordeeld in de persoon van degene die moest opgeofferd worden, namelijk de vrucht **in utero.** Thans wordt vooral en hoofdzakelijk gedacht aan de gevolgen van het niet-avorteren voor de zwangere vrouw, de andere kinderen en zelfs de volgende generaties. Het is tevens wel een feit dat het leven **in utero** steeds gemakkelijker als minderwaardig en zelfs als te negeren wordt beschouwd. De regel die te Rome geldend was, en die niet tegengesproken werd door de wetenschap van die tijd, namelijk dat de vrucht **in utero** zich herleidde tot een **« pars viscerum matris »** wordt thans gewoon omgezet in een eenvoudige,

formele en eenzijdige affirmatie « de vrouw is baas in eigen buik ».

Het in vraag stellen van de onvoorwaardelijke eerbied voor het leven uit zich ook voor wat betreft het einde van het menselijk bestaan. Algemeen wordt thans aanvaard dat de hersendood gelijkstaat met de dood van de mens. Dit lijkt ten volle verantwoord. Er bestaat evenwel ook een strekking de lijn door te trekken tot het vegetatief leven. In dit verband kan zelfs worden gezegd dat de beide uitersten van het menselijk leven aanleiding geven tot een globaliserende redenering en een uniforme conclusie. Aan degene die een abortus, althans wanneer hij wordt verricht beneden een zekere leeftijd, menen te kunnen verantwoorden door de bewering dat de vrucht **in utero** toch maar een louter vegetatief leven leidt, een leven dat te vergelijken is met hetgeen zich kan voordoen op het einde van het menselijk bestaan, wordt tegengeworpen dat deze vergelijking geen steek houdt, omdat het twee grondig verschillende situaties betreft. Het zgr. vegetatief leven betekent inderdaad in het eerste geval een en al toekomst terwijl het zich in de tweede herleidt tot een één en al verleden. Het is evident dat indien het huitdig wetsvoorstel over abortus wet wordt, deze argumentatie ten gronde zal kunnen gebruikt worden om de stelling te verdedigen dat iemand die een vegetatief leven leidt mag omgebracht worden. Op dat ogenblik zal men inderdaad kunnen voorhouden dat een maatschappij die het recht verleent iemand te doden die meer dan een louter vegetatief leven leidt, die een en al toekomst is, **a fortiori** moet instemmen met het termineren van het leven van iemand die een louter vegetatief leven leidt en die eenvoudig geen toekomst meer heeft.

Het is trouwens duidelijk dat in de geest van velen, na de contraceptie, nu ook abortus is voorbijgestreefd. Wij staan reeds volop in de problematiek van de euthanasie. Meerderen verdedigen nu reeds de stelling dat de mens slechts erkend en beschermd dient te worden van het ogenblik af dat hij onafhankelijk is van de moeder, vanaf het ogenblik dus dat de navelstreng wordt doorgesneden. Hetgeen thans als kindermoord wordt aangemerkt, zou dus toegelaten moeten worden omdat er eenvoudig geen beschermd wezen aanwezig zou zijn. Men redeneert trouwens reeds verder. Handelend over de abnormale kinderen schrijft Prof. Dr. Van den Berg : « Er waren ouders, die hun softenon-kind niet wilden zien, en het verstootten. Het lijkt mij natuurlijk. Er waren ouders, die hun softenon-kind na wikken en wegen hebben gedood. Het lijkt mij een daad van moed en van waardigheid. Er zijn artsen geweest, die het softenon-kind op de smeekbede van de ouders, kort na de geboorte, een dodende injectie hebben gegeven. Dat lijkt mij een daad van eenvoudige, medische plichtsbetrachting. Ook zonder

smeekbede, op de simpele vraag, had de arts hetzelfde kunnen doen ». (1)

Deze zienswijze wordt verder doorgetrokken o.m. in het kader van de transplantatie. Prof. Dr. J. H. Van den Berg heeft er blijkbaar geen bezwaar in « ... dat naast de wegenwacht zo iets als een organenwacht rondrijdt, in laat ons zeggen rood-gelakte wagens, telkens paraat bij een ongeluk, niet om te helpen, maar om ter plaatse de nog levende organen uit de zieltogende lichamen te snijden, en deze, per hier en daar gestationeerde helikopters snel te doen vervoeren naar een centrum, vanwaar de distributie plaatsvindt ». (2)

Commentaar lijkt overbodig.

NON NOCERE

Ook hier is een grondige evolutie waar te nemen. Vroeger was de houding van de geneesheer steeds geconditioneerd door, en gecentreerd op het uitsluitend belang van de patiënt. Wrijvingen hebben zich natuurlijk altijd voorgedaan, onder meer op het gebied van het experiment. De experimentatie is immers een evidente noodzakelijkheid voor de geneeskunde. Er is dan ook altijd geëxperimenteerd geworden. Trouwens, zegt men vaak, ieder medische daad is op zichzelf een experimentatie. Dit alles belet niet dat het experiment tot hiertoe eerder als een noodzakelijk kwaad werd aangezien, dat het in ieder geval werd beperkt tot het noodzakelijk minimum, en omgeven door de grootste waarborgen. Thans ontstaan ook in dit verband systemen en theorieën. Men houdt inderdaad voor dat de patiënten van vandaag alleen het recht kunnen opeisen te genieten van de aanwinsten van de geneeskunde, indien ze ook het hunne bijdragen tot de vooruitgang van de wetenschap. Er wordt derhalve duidelijk gesteld dat de zieke van vandaag slechts een schakel is tussen de zieke van gisteren en deze van morgen, dat hij dan ook verplicht is zijn bijdrage te leveren. Juridisch betekent dit dat de geneesheer een recht opeist tot experimentatie terwijl de patiënt een plicht wordt opgelegd op zich te laten experimenteren. Onnodig de gevaren te beklemtonen die een dergelijke theorie inhoudt.

Ook in het kader van de transplantatie en meer bepaald van het voorafgaand prelevement komt het **non nocere** principe in het gedrang, bij zover dat sommige praktijken hebben geleid

---

(1) J. H. VAN DEN BERG, « Medisch macht en medische ethiek », p. 16.

(2) J. H. VAN DEN BERG, « Medische macht en medische ethiek », p. 27.

tot een nieuwe aanspraak vanwege de patiënt, namelijk het recht een menswaardige dood te sterven, en dat er in meerdere landen wordt op aangedrongen dat de wetgever zou optreden niet alleen teneinde geneesheren te beschermen tegen ongegronde aantijgingen en het preleveren van weefsels en organen te vergemakkelijken, doch ook om de belangen en rechten van de stervenden en van de naastbestaanden te beveiligen en te waarborgen.

Deze enkele beschouwingen over „ non occides " en „ non nocere " leiden tot de vaststelling dat sommige geneesheren thans het recht opeisen te doden en zich ertoe gerechtigd achten de eisen of belangen van de wetenschap of van de therapie van derden als hoogste normen te aanzien. Hierbij wordt natuurlijk vaak beklemtoond dat niet alle geneesheren deze zienswijzen verdedigen. Dit kan waar zijn. Het is zelfs waar. Maar wat baat het als degene die ze niet bijtreden er niet voor uitkomen. De Nationale Raad van de Orde der Geneesheren van Frankrijk heeft de moed gehad duidelijk stelling te nemen tegen het wetsvoorstel Peyret inzake abortus, een wetsvoorstel dat nochtans zeker niet zo ver gaat als het onze. Graag zouden ook wij de zienswijze kennen van onze Nationale Raad, die toch tot taak heeft, in hoogste instantie, de eer en de waardigheid van het beroep te waarborgen en een codex van medische deontologie op te stellen.

Een formele stellingname van onze Nationale Raad inzake abortus zou trouwens van belang blijven zelf indien het wetsvoorstel wet zou worden, en dit voornamelijk met het oog op het recht van de geneesheer te weigeren een abortus te plegen. In Engeland wordt dit recht formeel door de wet erkend. In het Belgisch wetsvoorstel is dienaangaande niets voorzien. Men kan beweren dat een formele voorziening niet noodzakelijk is, dat niemand aan de geneesheer zou kunnen opleggen een abortus te verrichten die hij in strijd zou achten met zijn geweten. Dit is evenwel niet zo zeker. Hij zal zijn gewetensbezwaren bv. niet mogen inroepen wanneer de zwangerschapsonderbreking noodzakelijk is om het leven van de moeder te redden. Indien men evenwel bedenkt dat de abortus thans bekeken wordt op een zeer restrictieve achtergrond, terwijl hij na een eventueel aanvaarden van het wetsvoorstel zal moeten beoordeeld worden op een zeer brede zoniet op een absoluut vrije achtergrond, dan zou het niet hoeven te verwonderen indien ook de beoordeling van het begrip noodzakelijkheid andere dimensies zou krijgen. Iedereen weet inderdaad voldoende welke evolutie de rechtvaardiging van de medische daad heeft doorgemaakt, en in welke grote mate het criterium van de noodzakelijkheid voor het leven is verschoven naar dit van de wenselijkheid voor de gezondheid. Wanneer men daarbij bedenkt dat die gezondheid niet alleen

fysisch maar ook psychisch is, wordt het duidelijk dat hier wel degelijk een gevaar aanwezig is, en dat een formele voorziening in de wet of, op zijn minst, een duidelijke uitspraak van de Orde wel degelijk zeer wenselijk, zoniet noodzakelijk zijn.

Doch ook afgezien van de interpretatie van het begrip noodzakelijkheid zou een weigering of een negatieve instelling van de geneesheer zijn verantwoordelijkheid in het gedrang kunnen brengen. Dit zal niet het geval zijn wanneer hij, zonder welkdanige dialoog ook met zijn patiënte, weigert gevolg te geven aan haar vraag een niet levensnoodzakelijke abortus te verrichten. Dit is evenwel nagenoeg een louter theoretische hypothese. Inderdaad in algemene regel zal de geneesheer met de vrouw een dialoog voeren, en er haar desgevallnd misschien wel impliciet of expliciet toe aanzetten geen abortus te plegen. Op dat ogenblik kan zijn verantwoordelijkheid in het gedrang komen, vooral wanneer de vraag tot abortus ingegeven is door de vrees een abnormaal kind ter wereld te brengen. De geboorte van een abnormaal kind zal immers een materieel bewijs zijn van zijn verkeerde, al dan niet foutieve prognose.

Deze enkele bondige beschouwingen betreffende de huidige zienswijzen inzake twee essentiële principes van de traditionele medische ethiek laten toe te besluiten dat een belangrijk gebied van de medische gedraging niet meer op een absolute wijze wordt beheerst door algemeen aanvaarde en gebiedende regels. In dergelijke omstandigheden wordt een tussenkomst van het recht fataal.

MEDISCHE MACHT

De invraagstelling van de grondprincipes van de medische ethiek is niet de enige reden van het steeds dieper doordringen van het recht, en meteen van de juridische verantwoordelijkheid, in het medisch gebeuren. Ook de steeds groter wordende mogelijkheden van de geneeskunde die vaak medische macht worden genoemd, spelen een belangrijke rol. Het is immers duidelijk dat de maatschappij niet onverschillig en gelaten kan toezien op medische tussenkomsten die niet alleen kultuurnormen, doch tevens basisstructuren waarop haar rechtsorde is gevestigd, in het gedrang brengen, ontwrichten en vernietigen.

AANSPRAAK OP VRIJE TIJD

Dat de regelen van de aansprakelijkheid andere toepassingen en gronden kunnen vinden in een wereld in volle mutatie is normaal. Zo is het wel een feit dat de geneesheer zich steeds meer

integreert in het sociaal milieu. Hij ziet dat zijn geburen, familieleden en vrienden een familieleven leiden, naar T.V. kijken, aangename weekends doormaken en vacanties nemen. Hij wil dat ook. Tevens neemt studie hem steeds meer in beslag. Daarom maakt hij meer dan ooit aanspraak op vrije tijd. Het recht kan niets anders dan deze aanspraak toejuichen, niet alleen omdat het aan de geneesheer een leven erkent gelijk aan dat van alle andere burgers, maar tevens omdat de geneesheer vrije tijd behoeft ook in het kader van de aansprakelijkheid. De patiënt heeft inderdaad, volgens een vastgaande rechtspraak, recht op de vaste aanwinsten van de wetenschap. De geneesheer zal hem van die vaste aanwinsten slechts kunnen laten genieten voor zover hij die kent, en hij kan ze slechts kennen door zijn literatuur bij te houden, congressen bij te wonen, post-graduate leergangen te volgen en dergelijke meer. Rust is tevens noodzakelijk aangezien een geneesheer die werkt alhoewel hij te vermoeid is, zijn verantwoordelijkheid in het gedrang brengt.

De algemene instelling van het recht ten overstaan van de aanspraak op vrije tijd is dan ook ongetwijfeld positief. Maar dit wil niet zeggen dat de middelen die daartoe worden aangewend geen nevenwerkingen kunnen hebben.

De voorgestelde middelen liggen in hoofdorde besloten in het organiseren van wachtdiensten en het doen aan groepsgeneeskunde. Wat het idee zelf betreft is daartegen niets fundamenteels aan te merken, althans voor zover wachtdiensten en groepsgeneeskunde zich beperken tot hun huidige toepassingen. Toch blijven ze niet zonder gevolgen. Zo hebben ze zeker een weerslag op het vlak van de fiches en van de dossiers.

MEDISCH DOSSIER

Vroeger kon een geneesheer zich veroorloven geen fiches en dossiers bij te houden. Nu is dit theoretisch nog altijd zo. Toch dient gezegd dat een geneesheer die beweert alles in zijn hoofd te kunnen houden, ongetwijfeld een zware verantwoordelijkheid op zich neemt. In ieder geval en zolang de geneeskunde op een persoonlijke wijze wordt uitgeoefend volstaat het dat de geneesheer zijn fiches en dossiers zou opstellen op een zulkdanige wijze dat ze voldoende duidelijk en volledig zouden zijn voor hemzelf. De toestand verandert grondig in het kader van wachtdiensten en groepsgeneeskunde. Op dat ogenblik moeten diezelfde fiches en dossiers volledig, leesbaar en beschikbaar zijn voor alle geneesheren die bij het medisch gebeuren kunnen betrokken worden. De fiche wordt dus, m.a.w. centraal. Haar inhoud zelf kan nog aanleiding geven tot tal van andere vragen, en o.m. deze of een geneesheer vertrouwen mag stellen in een fiche of een dossier opgesteld door een collega.

Het weze verder opgemerkt dat in een tijd waarin velen blijkbaar streven naar een centralisatie van de medische dossiers, het beroepsgeheim op een maximale wijze zou moeten worden gewaarborgd. Er zou inzonderheid moeten voor gezorgd worden dat de inzage van deze dossiers uitsluitend zou voorbehouden blijven aan geneesheren die optreden in een welbepaald therapeutisch kader. Een uitzondering hierop zou wellicht kunnen en moeten worden gemaakt, maar dan ook met de nodige waarborgen, voor wat betreft het wetenschappelijk onderzoek. De dossiers zouden natuurlijk niet kunnen onttrokken worden aan een eventuele eis vanwege het gerecht, maar ze zouden op een absolute wijze kunnen en moeten beveiligd worden tegen inzage van om het even welke ander dienst, zoals volksgezondheid, sociale voorzorg, arbeid en dergelijke meer.

Talrijke andere problemen stellen zich natuurlijk op het gebied van de dossiers, zoals ondermeer de mededeling ervan aan derden. Op dit oud twistpunt heeft het K.B. nr. 78 van 10-11-1967 toch wel een zeer interessant antwoord gegeven zowel in het kader van de preventieve als van de curatieve geneeskunde. Het bepaalt inderdaad in zijn art. 13 dat de geneesheer ertoe gehouden is, op verzoek of met akkoord van een patiënt, aan een andere behandelende geneesheer, door de patiënt aangeduid om hetzij de diagnose of de behandeling voort te zetten of te vervolledigen alle nuttige of noodzakelijke hem betreffende inlichtingen van geneeskundige of van farmaceutische aard mede te delen.

Deze oplossing lijkt zeer positief. Ze erkent het recht van de patiënt, maar verleent hem blijkbaar geen recht op kennisneming van de gegevens die het dossier bevat, hetgeen inderdaad, medisch gezien, soms wel volkomen tegenaangewezen kan zijn.

De moeilijkheid blijft natuurlijk volledig bestaan wanneer de patiënt een attest vraagt, buiten het therapeutisch kader om, bv. om een vergoeding te kunnen bekomen. Als principe kan hier wel worden vooropgesteld dat de patiënt recht heeft op een dergelijk attest, en dat een weigering van de geneesheer het af te leveren alleen zou mogen gegrond zijn op een ernstige medische tegenaanwijzing. Doch ook in dat geval zou de proceduur voorzien door art. 13 van het K.B. nr. 78 kunnen worden gevolgd.

Aangezien het beroepsgeheim bij ons evenwel op een zeer strikte wijze wordt geïnterpreteerd zou de geneesheer er goed aan doen maximale waarborgen en voorzorgen te nemen, waaruit op zijn minst zou moeten blijken dat geen enkele mededeling werd gedaan over het hoofd heen van de patiënt. Schriftelijke toelating ware dan ook essentieel wenselijk.

APPARATUUR

Nieuwe vormen van de verantwoordelijkheid zijn vaak eenvoudig uitingen van nieuwe of vernieuwde realiteiten. De geneeskunde verpersoonlijkte zich destijds in de huisarts en zijn tas, thans wordt ze veel meer gematerialiseerd door het ziekenhuis met zijn complexe en enorme apparatuur. Het is normaal dat zulks een weerslag zou vinden in de aansprakelijkheid.

Sommige geneesheren, zelfs huisartsen, houden er blijkbaar aan over toestellen te beschikken. Soms hebben ze die nodig om bepaalde onderzoeken te verrichten. In andere gevallen dienen ze veel meer om hun standing op te voeren. Het moge volstaan op te merken dat een geneesheer die toestellen gebruikt ervoor verantwoordelijk is, en dat hij er goed zou aan doen de pinkende lichtjes te beschouwen als zovele vermaningen tot voorzichtigheid.

PARAMEDICI

Die toestellen worden meestal gebruikt door paramedici. Wanneer men het over deze laatsten heeft, komt men terecht in een uitgeproken paradox, voor een kloof tussen theorie en praktijk. Zeer vaak wordt beweerd dat paramedici niets kunnen, dan wanneer hen in de praktijk zeer veel wordt toevertrouwd. In dat verband zou men kunnen stellen dat aangezien paramedici, volgens geneesheren, theoretisch niets kunnen, hen ook theoretisch niets mag toevertrouwd worden, en dat ieder toevertrouwen van een opdracht op zichzelf, theoretisch, als een fout zou moeten worden aangezien. Een herziening van gans de problematiek rond de paramedici, tot dewelke trouwens principieel werd besloten door het K.B. nr. 78, dd. 10/11/1967 is derhalve niet alleen wenselijk doch ook noodzakelijk.
De meeste gevallen van verantwoordelijkheid spelen zich thans af in het kader van het ziekenhuis.

ZIEKENHUIS

Dit was vroeger niet het geval. Ziekenhuizen hadden trouwens geen of althans weinig medische pretenties, Ze hielden zich aan hotel- en verpleegzorgen en waren dan ook, in principe, alleen voor deze laatste aansprakelijk. Thans eisen ze steeds meer het verlenen van medische zorgen op. Ze beschikken zelfs vaak over een eigen staf geneesheren. Dit moet vanzelfsprekend grondige gevolgen met zich brengen. Soms, vaak zelfs doen zich moeilijkheden voor die de geneesheer in een gevaarlijke situatie kun-

nen brengen, zoals blijkt uit een eenvoudig, doch niet uitzonderlijk voorbeeld.

Een zieke wordt thuis verzorgd en staat op een streng dieet. Zijn behandelende geneesheer acht het noodzakelijk hem in een ziekenhuis in observatie te laten opnemen. Hij wordt er in handen genomen door een specialist. Van dieet is geen sprake meer. De patiënt aan wie thuis eieren, boter, schaaldieren en dergelijke meer formeel waren ontzegd, krijgt maaltijden opgediend die rijkelijk voorzien zijn van al deze destijds verboden vruchten. Hier stelt zich een fundamentele vraag : is het mogelijk een goede observatie van deze zieke te doen zonder dieet ? Indien het antwoord negatief is, komt de specialist zeker aan zijn verplichtingen te kort. Zijn antwoord luidt evenwel : er is geen dieetkeuken in het ziekenhuis. Dit is geen afdoende argument. Hij moet een dieetkeuken aanvragen en zelfs aandringen om er een te bekomen. Baat dit niet dan moet hij zich richten tot de medische raad. Komt ook de medische raad tot geen uitslag, dan moet de zaak overgemaakt worden aan de Orde. De Orde moet terzake haar verantwoordelijkheid en haar plicht opnemen. Zij eist het voorleggen van contracten die worden aangegaan tussen geneesheren en ziekenhuizen. Ze heeft het recht een dergelijke voorlegging te eisen ondermeer omdat ze moeten instaan voor de eer en de waardigheid van het beroep. Indien het contract geen ethisch en medisch-wetenschappelijk verantwoorde geneeskunde mogelijk maakt, mag de Orde het niet goedkeuren. Dit recht van toezicht vervalt niet na de ondertekening van het contract. De taak van de Orde de eer en de waardigheid van het medisch beroep hoog te houden vertoont een permanent karakter. Indien derhalve op een bepaald ogenblik mocht blijken dat de geneeskunde in een gegeven instelling, om welke reden ook, op geen ethisch en medisch-wetenschappelijk verantwoorde wijze meer kan uitgeoefend worden, is het de plicht van de Orde tussen te komen en stelling te nemen. Indien de Orde in deze aangelegenheid systematisch mocht optreden zou de toestand in grote mate opklaren, en zouden meerdere duistere en moeilijk aanvaardbare situaties worden gezuiverd. De tussenkomst van de Orde is in deze aangelegenheid nog meer wenselijk en noodzakelijk dan bij het nagaan van contracten op het louter financieel vlak.

MEDISCHE ATTESTEN

De systematische en strenge tussenkomst van de Orde zou eveneens ten zeerste wenselijk zijn om een werkelijke kanker van de huidige geneeskunde te bestrijden, namelijk hetgeen men noemt « le certificat de complaisance ».

Het vaak al te lichtvaardig afleveren van medische attesten, die tegenwoordig voor allerlei doeleinden worden gevraagd en aangewend, leidt tot een absoluut onwaardige toestand, die het vertrouwen ondermijnt in het medisch korps niet alleen van degene die deze attesten als bewijsmateriaal moeten aanzien, doch ook vanwege degene aan wie ze worden afgeleverd. Het is een feit dat het vaak voor een geneesheer moeilijk is, zelfs op het vlak van de verantwoordelijkheid, een attest te weigeren. Maar niemand zal ontkennen dat flagrante misbruiken bestaan die moeten bestreden en desnoods beteugeld worden.

CONCLUSIE

Deze enkele schematische beschouwingen wijzen op een veelzijdige en diepgaande evolutie in het medisch gebeuren die haar weerslag vindt in de juridische aansprakelijkheid.
De geneeskunde, zoals alles en iedereen, is een kind van haar tijd. Zij ondergaat de invloed van de geestesstromingen die in de maatschappij heersen. Zij verlaat hoe langer hoe meer, en op zeer verscheidene gebieden, normen die voorheen onaantastbaar leken.

De wetenschappelijke vooruitgang schenkt haar vaak ongehoorde mogelijkheden die leiden tot een werkelijke medische macht. Die macht, die zich wil losrukken van ethische ankers, loopt soms vast op juridische gronden. De maatschappij kan immers geen ongebondenheid aanvaarden die een dreiging zou betekenen voor haar eigen basisstructuren.

Acht een geneesheer zich niet meer gebonden door de traditionele ethiek van zijn beroep, dan blijft hij gehouden aan de eerbiediging van de wet. Wenst hij aan zijn beroep nieuwe vormen te geven of nieuwe technische en andere middelen aan te wenden, dan moet hij daarvan ook de juridische gevolgen aanvaarden.

De beoordeling van de juridische aansprakelijkheid van de geneesheer blijft een uitermate delicate en belangrijke aangelegenheid. Zij vereist grondig overleg. Het betrekken van een geneesheer voor de Rechtbank is soms noodzakelijk, maar altijd pijnlijk. Een veroordeling heeft bijna steeds, ondanks haar grondige verantwoording, sociaal negatieve gevolgen omdat zij van aard is het noodzakelijk vetrouwen van de patiënten in de geneeskunde te ondermijnen. Daarom is het wenselijk de moeilijkheden te voorkomen, en de medico-juridische problematiek in verband met de aansprakelijkheid **in tempore non suspecto** te bespreken. Dit is een van de opdrachten van het Medisch Recht.